DES

N° 43

POLYPES FIBREUX

UTÉRO-VAGINAUX

(ÉNORMES POLYPES)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Mars 1909

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

Maurice ODINOT

Né à Eurville, le 24 février 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM	GRASSET (✻) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secretaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, *président* | SOUBEYRAN, *agrégé.*
TEDENAT, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

À LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

Faible témoignage de notre profonde affection.

M. ODINOT.

A MON ONCLE MONSIEUR ALUISON

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MON ONCLE MONSIEUR RIMBERT

ANCIEN NOTAIRE

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

M. ODINOT.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX D'ALGER

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

M. ODINOT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE A LA FAÇULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

M. ODINOT.

DES

POLYPES FIBREUX

UTÉRO-VAGINAUX

(ÉNORMES POLYPES)

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer à la Clinique Gynécologique un beau cas d'énorme polype fibreux de l'utérus, enlevé par la voie abdominale. M. le professeur de Rouville l'a rapporté à la première séance de la Réunion obstétricale de Montpellier, à laquelle assistait M. le professeur Bar, de Paris.

Il nous a paru d'autant plus intéressant de publier in-extenso cette observation, avec une photographie de la pièce, que, depuis le mémoire de M. Pozzi (1885), il n'a plus été fait de travail d'ensemble sur cette question. La littérature s'est enrichie de nombreux cas, que nous rapportons pour la plupart, en même temps que la thérapeutique des énormes polypes utéro-vaginaux s'est perfectionnée avec les progrès de l'asepsie.

Nous avons volontairement limité notre étude à celle

des énormes polypes de l'utérus, suivant la définition de M. Pozzi, c'est-à-dire de « ceux qui, remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas le doigt arriver au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres ». Nous laissons de côté, pour n'en parler qu'au diagnostic, les énormes « polypes cervico-labiés », qui n'ont jamais habité que le vagin et prennent naissance sur le museau de tanche, les « tumeurs en sablier », contenues mi-partie dans l'utérus, mi-partie dans le vagin, et les gros polypes fibreux, dilatant l'utérus sans sortir de sa cavité, ou « grossesses fibreuses ».

Notre travail se distribue en huit chapitres :

Chapitre premier. — Historique.
Chapitre II. — Etiologie et Pathogénie.
Chapitre III. — Anatomie pathologique.
Chapitre IV. — Symptomatologie.
Chapitre V. — Evolution ; Complications ; Pronostic.
Chapitre VI. — Diagnostic.
Chapitre VII. — Indications. Traitement.
Chapitre VIII. — Observations.

Nous terminons par des conclusions qui résument notre travail, et une table des ouvrages consultés.

Nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur de Rouville, qui nous a obligeamment fourni l'observation, encore inédite, recueillie dans son service, et qui nous a donné les indications les plus utiles pour la rédaction de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire des tumeurs fibreuses de l'utérus commence à Levret (1749). Bayle (1813), dans le Dictionnaire en soixante volumes, émet des idées originales touchant les rapports des fibromes avec la stérilité; ces idées, combattues plus tard par Güsserow, sont aujourd'hui soutenues par MM. Pinard (1901) et Treub (1904).

Les observations d'énormes polypes et les cas de polypes sphacélés ne firent, jusqu'en 1885, le sujet d'aucun travail d'ensemble. A cette époque, M. Pozzi fit paraître, dans la *Revue de Chirurgie,* un article très important « sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (énormes polypes) ». Dans ce travail, sont rapportées treize observations d'énormes polypes utéro-vaginaux. Depuis, plusieurs cas ont été rapportés par Péan, Bouilly, Potherat, Quénu.

En 1898, M. Lejars communiqua à la Société de Chirurgie de Paris une observation de M. Buffet, sur les énormes polypes sphacélés. A la discussion prirent part :

MM. Routier, Ricard, Bouilly, Pozzi, Quénu, Potherat, Tuffier.

Longuet fait paraître, dans le *Progrès Médical,* un article sur le traitement des fibromes (1899). Mlle Gunsbourg préconise le tube tranchant dans sa thèse (1900). En 1901, Dartigues, dans sa volumineuse thèse sur la « Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes », recommande la polypectomie vaginale par morcellement.

Citons enfin l'article de MM. de Rouville et Martin sur la mort des fibromyomes de l'utérus (in *Arch. gén. de Méd.,* 1906), et le rapport présenté au Congrès international de médecine de Lisbonne (1906), par MM. Tuffier et de Rouville.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

L'*étiologie* des énormes polypes est absolument la même que celle des autres tumeurs fibreuses de l'utérus ; mêmes obscurités dans l'une comme dans l'autre.

Pour ce qui est de la *fréquence* relative de cette forme, les statistiques arrivent à des chiffres très divers ; aussi, Delbet juge-t-il complètement inutile de les citer. En se basant sur le nombre d'observations publiées, on peut dire cependant que les énormes polypes de l'utérus sont relativement rares aujourd'hui, car on opère les fibromes plus tôt.

Les auteurs sont à peu près d'accord sur l'*âge* du fibrome. M. Pozzi, entre autres, dans la dernière édition de son Traité de Gynécologie, affirme que les fibromes utérins, dans la race européenne, s'observent au cours de la vie génitale de la femme, surtout entre 30 et 50 ans ; ils sont rares avant 20 ans et après 55 ans. Si nous compulsons nos observations dans lesquelles l'âge de la malade est signalé, nous arrivons au même résultat : sur 22

cas, une seule fois la malade a moins de 30 ans (obs. VI), ou plus de 55 ans (obs. XXI) ; dans les 20 autres cas, l'âge de la malade est compris entre 30 et 40 ans (7 fois), entre 40 et 50 (10 fois), entre 50 et 55 ans (3 fois).

L'influence de la *virginité* et du *célibat*, «certaine » pour le développement des fibromes en général, comme le dit Schwartz, est peu manifeste dans nos observations. Dans les huit cas de notre travail où sont signalés la virginité ou le nombre d'enfants, nous ne trouvons qu'un seul cas de virginité (obs. XXX).

Plus discutés sont les rapports des fibromes avec la *stérilité* primitive ou secondaire. Bayle admettait déjà que les fibromes se développent de préférence chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Güsserow soutient, au contraire, que la fibromatose est une cause de stérilité. Pinard (1901), Treub (1904), affirment que la stérilité, soit primitive, soit secondaire, prédispose au fibrome. « La nature se venge ainsi sur les femmes qui n'ont pas pu ou n'ont pas voulu remplir les fonctions pour lesquelles elles sont créées. » (Pinard.) « Les petits noyaux fibromateux embryonnaires, dit Treub, ont une grande tendance à disparaître pendant l'involution utérine consécutive à l'accouchement. Après chaque grossesse, il y a une sorte de balayage utérin, consécutif au remaniement complet des fibres musculaires. » Dans les huit observations d'énormes polypes que nous rapportons, deux femmes (obs. VIII et XXX), n'ont pas eu d'enfants ; des six autres, qui ont eu des enfants, quatre ont eu leur dernier accouchement dix ans auparavant (obs. I, XVIII, XIX, XXVIII).

Nous serons plus bref en ce qui concerne la *pathogénie* des fibromes utérins : nombreuses ont été les théories émises par les différents auteurs, depuis Velpeau, qui re-

gardait les fibromes comme résultant de l'organisation des caillots déposés dans la trame utérine. « Deux opinions sont en présence au sujet de l'origine et de la formation des myomes : les uns, avec Virchow, les considèrent comme de nature irritative ; les autres les considèrent comme congénitales, suivant la théorie de Cohnheim. » (Labadie-Lagrave et Legueu.) Ainsi que Pilliet l'a démontré, le fibrome apparaît « comme une maladie primitive du réseau vasculaire utérin », comme un « angio-fibrome » (Forgue). La notion de nature inflammatoire attribuée par Pilliet à certains fibromes, a été généralisée par Legueu, Marien, Claisse. Dès lors, les myomes doivent être rattachés à une cause infectieuse d'origine muqueuse.

« Toutes ces théories ne sont que des hypothèses qui trahissent notre ignorance, l'impuissance où nous sommes de déceler l'origine et la nature exacte de cette affection.» (Pozzi.)

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'histoire anatomique des énormes polypes fibreux de l'utérus peut se diviser en trois périodes, comme leur histoire clinique.

Primitivement nées dans l'épaisseur même de la paroi utérine, plus près cependant de la muqueuse, les tumeurs que nous étudions sont d'abord sessiles ; elles sont « peu à peu énucléées par les fibres musculaires de la paroi vers la cavité ; elles soulèvent la muqueuse, s'en coiffent et deviennent pédiculées ». Ce sont alors des *polypes intra-utérins*. Ils s'insèrent, soit sur le col (obs. IV, VIII), soit plus souvent au fond de l'utérus, rarement sur la face antérieure (obs. XXVIII), d'ordinaire sur la face postérieure (obs. I, II, XXIX).

Dans une deuxième phase, ces polypes utérins vont devenir des *polypes vaginaux*. Les uns, expulsés brusquement de la cavité utérine, comme le fœtus lors d'un accouchement, ne peuvent plus y rentrer ; d'autres, bien décrits par Larcher, font des « apparitions intermitten-

tes » dans le vagin jusqu'à ce qu'un jour la rentrée du corps fibreux dans l'utérus devienne impossible, « soit que le fibrome ait grossi pendant la durée de son apparition dans le vagin, soit que le col se soit refermé avant qu'une contraction du corps ait rappelé le polype ».

La troisième phase correspond au développement, dans le vagin, des fibromes qui deviennent *énormes*. Nous allons en étudier successivement l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique.

Anatomie macroscopique. — Les énormes polypes sont toujours *uniques*, à cause même de leur développement considérable, qui ne permet pas aux autres fibromes pédiculisés d'égaler leur volume.

Le *volume* varie, dit Pozzi, d'une grosse orange jusqu'à une tête de fœtus : c'est une grosse pomme (obs. X), une orange (obs. XXVI), une tête de fœtus à terme (obs. I, VI, XII), une tête d'enfant (obs. XXIII), ou une tumeur encore plus volumineuse (obs. XX), rapportée par Pozzi ; mais il s'agit ici d'un cas intermédiaire, qui établit la transition entre les polypes proprement dits et les fibromes sous-muqueux sessiles à développement vaginal. Les plus gros ont de 12 à 16 centimètres de diamètre (obs. I, IV, XIII). Le *poids* va de 200 grammes à 750 grammes (obs. IV) à 3 livres 11 onces (obs. VII), à plus de deux kilogrammes (obs. XXIV).

La *forme* est ovoïde en général, parfois arrondie (obs. I), exceptionnellement déformée comme dans l'observation XXI. La *surface* est lisse ou irrégulière. La *couleur* est gris rougeâtre le plus souvent.

Le *pédicule* est parfois très mince, et il y a un contraste frappant entre l'énorme tumeur et la tige étroite qui la surmonte (Lejars, obs. II : le pédicule n'était pas plus

gros que le petit doigt) ; nous ne faisons que signaler le fait, dont nous verrons plus loin l'application à la thérapeutique. D'ordinaire, le pédicule est plus gros, le polype largement implanté sur la paroi utérine; l'épaisseur va de 2 à 4 centimètres. C'est dans le pédicule que se trouvent les vaisseaux destinés à assurer la nutrition du polype ; la torsion, l'élongation, l'infection surtout, pourront compromettre dès lors facilement la vitalité de ces tumeurs, car rarement leur calibre est volumineux.

Il existe presque toujours des lésions de l'utérus et des annexes. Du côté de l'*utérus,* on note souvent une augmentation de volume, due soit à la rétention des produits de sécrétion par le polype qui forme « bouchon », soit à la présence d'autres noyaux fibromateux (obs. III : l'utérus enlevé cinq mois après l'ablation du polype était bourré de myomes ; obs. VI, obs. XXI : dans l'épaisseur de la paroi était un fibrome de 12 cent. de diamètre). — La muqueuse est hypertrophiée, et Schwartz rattache ce trouble non à l'infection, mais à une altération nutritive d'ordre encore indéterminé. — L'utérus est souvent remonté, soulevé « par le gros polype, qui distend le vagin et forme pour ainsi dire pessaire » (Pozzi) ; dans notre observation, l'utérus dépassait la symphyse de dix centimètres. — Enfin, on peut voir de l'inversion utérine (obs. I : début d'inversion).

Les *annexes* sont parfois lésées (Péan, C. Daniel) ; sur les 136 observations rapportées par ce dernier, une seule se rapporte à un cas d'énorme polype du vagin : c'est notre observation III, où l'on trouva une salpingo-ovarite d'origine grippale pour M. Villeneuve. Dans notre observation première, les ovaires étaient scléro-kystiques.

Le vagin est distendu dans toute sa longueur ou dans son segment supérieur, que le polype dilate petit à petit « de

manière à s'y faire une espèce de loge » (obs. XIII). Les parois peuvent s'ulcérer et adhérer au polype.

La *vessie*, le *rectum*, sont seulement comprimés.

Anatomie microscopique. — Les polypes sont formés d'un tissu dense, blanchâtre, qui crie sous le bistouri et présente des fibres disposées en tourbillons. Ce sont des *fibro-myomes*, des hystéromes (Broca) ; leur structure rappelle, en effet, celle de l'utérus et l'on trouve dans ces polypes des fibres musculaires lisses et des fibres de tissu conjonctif. Ce qui domine, ce sont les faisceaux fibreux. Au centre, il y a des amas de noyaux embryonnaires d'abondance variable avec les points de la tumeur et avec les tumeurs. A la surface, c'est la muqueuse utérine avec des lésions d'endométrite glandulaire et interstitielle et un épithélium pavimenteux stratifié (Gatze).

Lejars fait remarquer que plusieurs fois la structure du pédicule diffère de celle du polype ; au fur et à mesure que l'on se rapproche de la surface d'implantation, les éléments jeunes deviennent prédominants ; c'est un véritable tissu de sarcome en pleine activité et tout prêt à servir de foyer de repullulation.

Évolution anatomique. — La *guérison* par expulsion spontanée est très rare, si elle existe. (Farvell rapporte un cas où le polype fut expulsé du vagin et facilement enlevé par section du pédicule, obs. VII.)

Les énormes polypes présentent exceptionnellement la dégénérescence scléreuse ou calcaire. Plus fréquente est la transformation sarcomateuse, comme l'explique la présence de cellules embryonnaires dans le polype et surtout le pédicule : Lejars a publié 2 cas de *récidive* (obs. XIV, XV).

La complication que l'on rencontre le plus souvent, c'est le *sphacèle*, la gangrène du polype (six cas parmi nos 32 observations).

MM. de Rouville et Martin ont étudié la mort des fibromyomes de l'utérus par nécrobiose et infection. L'ischémie seule ne peut produire la gangrène dans les cas d'énorme polype (Quénu) ; mais elle favorise l'infection soit qu'elle vienne du dehors, soit qu'elle soit produite par les parasites des voies génitales ; les ulcérations de la muqueuse qui recouvre le polype constituent autant de portes d'entrée pour les germes pathogènes. La gangrène, ainsi produite, est totale ou superficielle, n'intéressant alors que la coque du polype, comme dans l'observation XXV. Le polype sphacélé tend à être éliminé en masse, plus souvent par débris.

Signalons enfin une dernière complication : la production d'un *cancer* de l'utérus au voisinage de l'insertion du pédicule (obs. XIX).

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

L'histoire clinique est calquée sur l'anatomie pathologique des énormes polypes utéro-vaginaux.

Tant que le polype est *intra-utérin,* il « ne révèle sa présence que par les hémorragies et les phénomènes fonctionnels multiples qu'on pourrait réunir sous le nom de métrite fibreuse. » (Pozzi.) L'hémorragie est ordinairement le symptôme initial, sous forme de ménorragies d'abord, plus tard de métrorragies, enfin de pertes sanguines continuelles. Les polypes sont, en effet, les tumeurs fibreuses de l'utérus qui saignent le plus, par suite de la congestion et des altérations de la muqueuse utérine. On note assez souvent des pertes séreuses, de l'hydrorrhée, dans l'intervalle des règles. Les douleurs sont rares, ne se produisant que lorsqu'il y a rétention des liquides dans la cavité utérine. Mais la présence de la tumeur ne peut être affirmée que par le toucher utérin, rendu possible par la dilatation préalable du col : il faut toujours la faire pour le diagnostic précoce des polypes et le trai-

tement prophylactique des énormes tumeurs qui nous occupent.

A la phase *vaginale* du polype, les signes que nous venons d'énumérer persistent. Mais, en outre, le toucher vaginal et l'examen au spéculum permettent facilement le diagnostic : on constate, en effet, une tumeur ovoïde, régulière, lisse, peu ou pas douloureuse ; autour de la base on touche le col utérin. A cette période, l'état général se montre de plus en plus compromis par suite de l'anémie croissante : cette anémie chronique ne fera qu'augmenter, si la tumeur n'est pas enlevée.

Le polype, poursuivant son évolution, ne va pas tarder à arriver à sa *troisième période*. Exceptionnellement, comme dans le cas de Lejars (obs. II), il arrive à la femme, porteuse d'un polype vaginal, « de sentir en se remuant une sorte de ballottement, et comme le choc d'un corps pesant, qui se déplace dans son vagin ». Dès que la tumeur est assez volumineuse, elle obstrue plus ou moins complètement le vagin et amène une rétention des liquides provenant de l'utérus. Tantôt les liquides s'écoulent sans discontinuité par regorgement, tantôt ils ne sont évacués que dans des mouvements brusques du sujet. Ces produits de sécrétion, les caillots qui s'accumulent au-dessus du bouchon formé par le polype, se corrompent, communiquant aux pertes une odeur fétide qui rappelle celle du cancer.

Il se produit en même temps des phénomènes de compression du côté des organes pelviens. La constipation, fréquente alors, devient parfois opiniâtre (obs. XXX). Du côté de la vessie, on note le plus souvent de la rétention, parfois de l'incontinence d'urine ; dans certains cas même, ces deux symptômes, comme dans notre observation première.

L'état général est très mauvais : l'anémie s'est aggravée du fait de la persistance des hémorragies et de la résorption des produits toxiques et septiques accumulés derrière le polype. Souvent, les malades accusent un notable amaigrissement.

L'examen de la malade fournira encore des renseignements plus utiles. Déjà la palpation du ventre fait reconnaître la présence d'une tumeur dure, qui dépasse plus ou moins la symphyse et qui correspond à l'utérus remonté. Si l'on écarte les grandes et les petites lèvres, on aperçoit une tumeur rougeâtre ou grise, qui occupe l'entrée du vagin. Par le toucher vaginal, le doigt explore facilement la partie périphérique de la tumeur ; il constate son indépendance d'avec les parois vaginales, car il en peut ordinairement faire le tour. Le plus souvent, le pédicule reste inaccessible, comme le col utérin. M. Pozzi indique un moyen pour s'assurer que la tumeur est pédiculée : « c'est l'introduction d'une tige métallique, comme un hystéromètre ou un cathéter, entre la paroi du vagin et la tumeur ; arrivé à une certaine hauteur, le bec de l'instrument peut jouer plus ou moins librement. » Kœberlé (obs. IV), employa une tige d'acier recourbée convenablement.

Enfin, le toucher vaginal combiné au palper abdominal permet d'apprécier non seulement le volume du polype, mais encore les dimensions de l'utérus, la présence d'autres fibromes dans son épaisseur, et l'existence de lésions annexielles.

CHAPITRE V

EVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

L'*évolution* des énormes polypes est progressive. Leur accroissement est plus ou moins rapide, variant de trois mois à sept ans, et même davantage. La rapidité de l'évolution correspond souvent à une transformation sarcomateuse de la tumeur.

La grossesse agit sur ces tumeurs comme sur les autres fibromes : elle les accroît. Mais, après l'accouchement, les énormes polypes ne s'atrophient pas, témoin le cas de Mackenrodt (obs. XXIII), dans lequel un énorme polype fibreux fut expulsé dans le vagin six semaines après un accouchement, à l'occasion d'une injection d'ergot de seigle.

La ménopause n'amène pas davantage la régression des énormes polypes. Dans plus d'un cas, elle est le signal de complications (Péan). Dans l'observation de Kœberlé (obs. IV), la ménopause n'avait pas arrêté le développement des fibromes utérins.

La guérison par expulsion spontanée, avons-nous vu, est impossible.

Si les malades ne sont pas opérées, elles meurent dans la cachexie, à moins qu'une complication ne vienne hâter leur misérable fin.

Parmi ces *complications,* la plus importante à étudier, c'est le sphacèle du polype. Nous en connaissons déjà le mécanisme et les lésions, ainsi que la fréquence. Le début en est brusque et spontané. « Quoi qu'il en soit, le sphacèle détermine deux ordres de symptômes : des symptômes d'infection générale ou locale, des signes révélés par l'exploration manuelle. » (De Rouville et Martin.) Il s'agit tantôt de septicémie aiguë, tantôt de septicémie chronique, parfois même uniquement d'infection locale. La distinction est capitale en clinique (Tuffier). Localement, on trouve le plus souvent des douleurs dans le bassin, des hémorragies, des pertes hydrorrhéiques, des pertes purulentes souvent fétides comme dans le cancer. Le toucher révèle une tumeur molle, se laisant pénétrer par endroits; le doigt ne détermine pas d'hémorragie, et revient imprégné d'une odeur repoussante. Puis, si l'on n'intervient pas, le polype s'élimine par débris plus ou moins volumineux, et la malade meurt de septicémie.

Quel est le *pronostic* des énormes polypes ? Histologiquement, nous savons que ces fibromes sont des tumeurs bénignes. Mais, dit Ozenne, ce sont des tumeurs d'une malignité particulière car, par leur évolution, elles ont un retentissement fâcheux sur toute l'économie.

Le pronostic est grave, non seulement à cause des hémorragies et de l'anémie intense qu'elles entraînent, mais aussi à cause des complications possibles, en particulier du sphacèle.

La mortalité opératoire était très grande autrefois,

puisque dans les treize observations rapportées par M. Pozzi, nous trouvons cinq morts (obs. XXII, XXVII, XXVIII, XXIX et XXX). Elles sont dues à l'hémorragie et à la septicémie, à laquelle prédispose l'anémie. Ces complications sont plus rares aujourd'hui.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Il importe beaucoup de faire précocement le diagnostic de fibromatose utérine. « L'attention du chirurgien est de suite appelée du côté de l'utérus, et dans certains cas même, la netteté des métrorragies, leur répétition régulière, sont des éléments qui permettent de soupçonner un fibrome utérin. » (Labadie-Lagrave et Legueu.) Lejars dit aussi : « Chez une jeune femme, de santé excellente, qui, sans cause appréciable, est atteinte brusquement de pertes de sang, peu abondantes mais continues, il faut songer au polype utérin, et le chercher. » L'hystérométrie, le toucher intra-utérin, seront souvent indispensables.

Lorsqu'il s'agit d'un énorme polype, le diagnostic est rarement difficile. Il est cependant un certain nombre de causes d'erreurs à éviter.

Il ne faut point le confondre avec un corps non pédiculé et en majeure partie intra-utérin : le palper hypogastrique montre alors l'utérus très augmenté de volume, en

même temps qu'il est élevé au-dessus de la symphyse. En outre, une tige métallique, introduite entre la paroi du vagin et la tumeur, sera uniformément serrée, puisqu'il s'agit d'un fibrome sessile. Dans les cas de tumeur en sablier, occupant mi-partie l'utérus, mi-partie le vagin, le diagnostic ne sera souvent possible que pendant l'opération.

L'inversion utérine peut être une cause d'erreur : elle ne pourra être reconnue qu'en combinant le toucher rectal et le cathétérisme vésical, et s'assurant ainsi de l'absence de l'utérus à sa place ordinaire. Si elle accompagne le polype, on la reconnaîtra, au cours de l'opération, à sa couleur rouge, à son aspect régulier, à sa consistance molle et dépressible.

Les faux polypes placentaires se rencontrent des semaines ou des mois après un accouchement ou un avortement ; il y a eu continuité et abondance des pertes, ou latence et brusque métrorragie, ce qui augmente les causes d'erreur. Il s'agit d'une masse mollasse, pédiculée, rouge-noirâtre au spéculum, chiffonnée, facilement détachable par une légère traction.

Le diagnostic d'avec les énormes polypes à implantation cervicale ou polypes cervico-labiés, est facilité par la constatation d'un pédicule d'ordinaire court et assez large, et le toucher d'une des lèvres du col. Rarement, l'intervention est nécessaire pour trancher le diagnostic, comme dans le cas communiqué par Decornière à la Société de Chirurgie de Paris (1893).

L'aspect cachectique de la malade, l'écoulement horriblement fétide du vagin, font d'abord penser au cancer (obs. XXV) ; le toucher montre manifestement, dans le cas d'énorme polype, que la tumeur est dure, non friable ;

le doigt ne l'entame pas et ne peut arriver au pédicule ou au col utérin.

Signalons enfin la confusion possible avec une tête d'enfant, pendant l'accouchement (obs. XVI) : le forceps fut appliqué sur le polype et la femme mourut 48 heures après, par suite de la rupture utérine au niveau du pédicule.

Le diagnostic n'est achevé que lorsqu'on a déterminé soigneusement l'état de l'utérus (observation première) et des annexes. Du résultat de cet examen dépendra le choix du procédé opératoire.

CHAPITRE VII

INDICATIONS — TRAITEMENT

Le traitement des énormes polypes doit être de plus en plus *prophylactique*. L'intérêt des malades serait d'extirper les fibromes « ab ovo », dit Ozenne. « Tout fibrome doit être opéré, écrit Longuet, par urgence pour les gros, par prévoyance pour les petits. » C'est la conduite que l'on suit de plus en plus, et M. Pozzi constate, dans son Traité de Gynécologie, que les énormes polypes sont beaucoup plus rares aujourd'hui qu'en 1885, car on opère les fibromes plus tôt.

« Le traitement curatif des fibromes de l'utérus est d'ordre *exclusivement chirurgical*. » Ce qu'Ozenne dit des fibromes en général s'applique tout particulièrement aux polypes utéro-vaginaux. Il est inutile d'essayer un traitement médical, soit électrique, soit médicamenteux, comme l'iodure de potassium (obs. XXVI).

Nous allons étudier successivement : 1° les soins préopératoires ; 2° les méthodes opératoires ; 3° les complications opératoires ; 4° les indications, contre-indications et les résultats.

1°, *Soins pré-opératoires.* — Comme le recommande Longuet, il faut, d'une part, relever l'état général de la malade, et d'autre part, désinfecter le vagin. Déjà, en 1885, M. Pozzi avait posé la question de savoir s'il valait mieux opérer tout de suite ou combattre la septicémie à l'aide de remèdes locaux ou généraux. Il n'y a pas de « règle uniforme applicable à tous les cas ». Lorsqu'il n'y a pas urgence, on peut fortifier la malade par la suralimentation, l'injection quotidienne de cacodylate de soude et de sérum (obs. première).

Mais toujours il faut désinfecter le vagin, comme s'il s'agissait d'une hystérectomie (Dartigues). En 1893, Routier disait que l'ablation des polypes devait se faire avec de rigoureuses précautions antiseptiques, et non seulement aseptiques. Le vagin sera donc nettoyé par des injections au permanganate de potasse, au sublimé, par le savonnage avec le doigt coiffé d'une compresse, par le tamponnement avec de la gaze imprégnée d'antiseptiques. L'antiseptique de choix, couramment employé à la Clinique Gynécologique, paraît être l'eau oxygénée pure ou dédoublée. Cet agent permet de réaliser la désinfection des organes génitaux, sans nécessiter l'instrumentation de la méthode oxygénée de Thiriar.

Pour les polypes sphacélés, la désinfection est encore plus nécessaire ; mais la désinfection parfaite ne peut être que l'ablation du polype cause de rétention (Dartigues).

Quelle que soit la méthode employée, Dartigues recommande d'avoir sous la main tout ce qui est nécessaire pour pratiquer au besoin une hystérectomie abdominale et même vaginale.

Comme le conseille Pozzi, l'anesthésie sera le moins longue possible.

2° *Méthodes opératoires.* — Dartigues et Pozzi repoussent systématiquement plusieurs des méthodes employées autrefois : le serre-nœud dé Maisonneuve, l'écraseur linéaire de Chassaignac, sont des instruments aveugles, pouvant sectionner le col utérin, une partie de la vessie ou du rectum, ou rester insuffisants si une partie du polype est intra-utérine. « L'écrasement, la dislocation du bloc fibreux au moyen de céphalotribes, de crânioclastes, de même que les manœuvres de forceps accomplies à l'aide d'instruments spéciaux (forceps denté, forceps à dents de brochet), nous paraissent absolument inutiles, pour ne pas dire entachés de vétusté. Du reste, cette façon de procéder a plusieurs fois amené la déchirure du périnée, des délabrements vulvo-vaginaux étendus ; quelquefois même, ces tentatives de forceps sont demeurées infructueuses. Nous en dirons autant des débridements périnéaux ou vulvaires (obs. IV) ; on s'en passera d'autant plus volontiers, qu'ils sont insuffisants, dangereux parfois, et sont autant de brèches ouvertes à l'infection, si l'on manipule un polype sphacélé. »

Le traitement de choix, c'est la *polypectomie vaginale par morcellement.* Le polype est saisi et fixé, soit avec deux grandes pinces dentées, soit mieux avec un tire-bouchon (Segond, Doyen, Delagenière). Le morcellement se fait alors par des évidements coniques (Velpeau, Chassaignac [obs. V], Péan), par des incisions transversales en arpèges ou en escalier (Simon), par des incisions spiroïdes en pelure de pomme de terre (Hégar, Kœberlé, obs. IV), par un évidement cylindrique (Segond, Doyen), par section médiane en plein polype (Quénu), par section en V d'avant en arrière. Peu importe. Il faut morceler et évider en plein centre de la tumeur pour éviter l'hémorragie, la blessure des parois du vagin, et surprendre l'in-

version utérine, si elle se produit. Il est de toute nécessité d'enlever le polype jusqu'au bout, afin d'éviter le sphacèle ; le col est d'ordinaire assez dilaté, sinon on ferait une hystérotomie cervicale.

Est-ce la seule opération applicable aux énormes polypes utéro-vaginaux? Dans leur rapport au Congrès de Lisbonne, MM. Tuffier et de Rouville disent que dans le cas de fibromes interstitiels concomitants, si la fibromatose est considérable, l'*hystérectomie abdominale* est l'opération de choix ; ils préfèrent pratiquer séance tenante une *hystérectomie vaginale* complémentaire si l'utérus est bourré de petits fibromes. Dans le cas de polype sphacélé, l'hystérectomie ne serait pratiquée qu'après ablation complète de toute la partie sphacélée et désinfection de la cavité utérine.

Nous ne parlons pas ici des opérations vagino-abdominales applicables surtout aux cas de polypes en sablier que nous avons volontairement laissés de côté.

Après la polypectomie, on fera, comme le recommande Pozzi, le curettage et le drainage de la cavité utérine. Si les phénomènes généraux infectieux persistent, l'hystérectomie est secondairement indiquée ; elle peut l'être primitivement, s'il y a une périmétrosalpingite suppurée coexistante (Tuffier et de Rouville).

3° *Complications opératoires.* — Les plus fréquentes sont la septicémie et l'hémorragie. Aujourd'hui, on peut voir encore des hémorragies abondantes recommencer peu après et nécessiter l'ablation de l'utérus.

S'il se produit de l'inversion utérine, la réduction est à chercher lorsqu'elle est facile ; sinon la persistance de l'inversion assure le drainage, et la réduction se fait spontanément au bout de quelques jours.

Enfin, s'il y a perforation de l'utérus, il faut terminer par une hystérectomie vaginale (obs. XIV).

4° *Indications. Contre-indications. Résultats.* — Jadis l'expectation était la règle pour les énormes polypes sphacélés ou non : « Cette abstention opératoire équivalait à la mort de la malade. »

La polypectomie vaginale est indiquée chaque fois qu'on aura affaire à un très gros polype, surtout quand il est sphacélé ; elle devient alors une opération d'urgence. Plus rarement, l'on pratiquera d'emblée l'hystérectomie (coexistence de fibromes interstitiels). Dans quelques cas, il sera nécessaire de faire secondairement l'hystérectomie (lésions chroniques utérines ou annexielles).

Sur une statistique de 38 cas de polypectomie vaginale, Longuet relève 8 morts, c'est-à-dire 24 pour 100 de mortalité. Cette proportion ne représente pas sans doute la réalité : le nombre des polypectomies heureuses non publiées dépasse assurément celui des insuccès demeurés cachés. C'est ainsi que Dartigues, sur 13 cas observés par lui et non publiés, relève une mort et 12 guérisons.

La mortalité opératoire de l'hystérectomie est de 5,4 pour 100 en moyenne. Dans les 3 cas que nous rapportons (obs. I, VI, XIV), nous trouvons trois guérisons.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Observation première

(Inédite. — Prise dans le service de M. le professeur de Rouville.)
Enorme polype utérin remplissant toute la cavité vaginale ; anémie ; hystérectomie abdominale totale. Guérison. — (Photographie de la pièce.)

Marie S..., 44 ans, ménagère, du département du Tarn, entre le 21 janvier 1909, salle A. Paré, au lit numéro 6, pour des pertes rouges très abondantes.

Antécédents héréditaires. — Père mort de variole hémorragique. Mère morte à 55 ans, probablement bacillaire.

Antécédents collatéraux. — Deux frères morts en bas-âge ; une sœur mariée, mère de 4 enfants, tous en bonne santé.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

La malade a été réglée aux environs de 13 ans, facilement. D'ordinaire, ses règles avancent régulièrement de deux jours, sont peu abondantes, durent trois à quatre jours, et ne s'accompagnent ni de douleurs, ni de caillots, ni de pertes blanches.

Elle s'est mariée à l'âge de 19 ans : elle a eu 6 enfants.

dont le dernier alors qu'elle était âgée de 34 ans ; elle les a tous nourris au sein. Pas de fausses-couches.

Maladie actuelle. — Depuis un an, les règles, devenues plus abondantes, durent 4 à 5 jours. En mai 1908, la malade a eu des métrorragies, survenues sans cause apparente, très abondantes, avec des caillots, pendant une semaine ; elle fut obligée de s'aliter cinq semaines. A partir du mois de mai, ménorragies et trois ou quatre métrorragies par mois. Le traitement suivi consistait simplement en injections vaginales chaudes.

Depuis le mois de mai également, la malade présente de la pâleur de la face, les lèvres décolorées, de l'affaiblissement général, de la dyspnée d'effort et des palpitations. Elle a remarqué en même temps qu'elle urinait plus souvent que de coutume ; souvent, il lui est arrivé de perdre involontairement ses urines ; toujours la quantité d'urine émise à chaque miction était très petite. Dix ou douze fois depuis cette époque, la malade a fait de la rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

La malade n'a jamais rien remarqué d'anormal du côté de ses organes génitaux ; les rapports conjugaux étaient restés possibles.

Pas de constipation ; les autres appareils paraissent sains à l'interrogatoire.

Examen. — La malade, un peu amaigrie, présente des signes manifestes d'anémie chronique : couleur cireuse du visage, décoloration des muqueuses, blancheur de la peau.

A l'inspection, le ventre paraît normal.

A la palpation, on délimite une tumeur, dure, indolore, occupant la région hypogastrique, un peu plus développée cependant du côté gauche ; le fond s'élève à 10 centimètres au-dessus de la symphyse ; elle mesure environ

5 à 6 centimètres de large. Cette tumeur est indépendante de la paroi et légèrement mobilisable.

La vulve est entr'ouverte. En écartant les petites lèvres on aperçoit une surface rougeâtre, située tout près de l'orifice vulvaire.

Par le toucher on perçoit, occupant tout le vagin, une tumeur arrondie du volume d'une tête d'enfant à terme; la surface en est régulière, la consistance rénitente ; le doigt en fait facilement le tour, mais ne peut en dépasser l'équateur. En aucun point, le col utérin n'est accessible. Le doigt n'arrrive pas non plus au fond des culs-de-sac vaginaux; dans le cul-de-sac antérieur, le doigt trouve la vessie intimement appliquée contre l'arc antérieur du bassin, et vient se mettre facilement en rapport avec les doigts de la main abdominale.

Par le toucher et le palper combinés, l'on trouve que la tumeur abdominale est solidaire de la tumeur vaginale, et que les mouvements sont facilement transmis de l'une à l'autre.

Avec des valves, la tumeur apparaît visible sur une petite étendue seulement, rougeâtre et saignant au moindre contact.

Examen du sang, pratiqué par M. Leenhardt : globules rouges = 4. 000.000 ; globules blancs = 8.000 ; formule leucocytaire normale.

Diagnostic : énorme polype, avec utérus fibromateux. Le docteur Reynès, qui examine la malade quelques jours après, porte le diagnostic de polype simple ; pour lui, la tumeur perçue à la palpation de l'abdomen n'est autre chose que l'utérus remonté.

Traitement pré-opératoire. — Suralimentation ; injections hypodermiques quotidiennes de 0,05 centigrammes de cacodylate de soude.

Désinfection soigneuse du vagin, renouvelée tous les jours : savonnage avec le doigt revêtu d'une compresse ; mèches de gaze imprégnées d'eau oxygénée dédoublée, [illegible] à demeure.

[illegible]n des urines, le 28 janvier : quantité des 24 heu[illegible] c. c. ; densité, 1014 ; réaction acide ; urée, 10 grammes 1 par litre ; traces d'albumine, qui sont probablement dues aux pertes de la malade.

Opération le 2 février 1909.

Admettant, d'une part, que l'utérus contient des noyaux fibromateux, et considérant, d'autre part, que la malade a eu six enfants et approche de la ménopause, M. le professeur de Rouville a décidé de faire une hystérectomie abdominale.

La malade est endormie à l'éther.

Le vagin est nettoyé à l'eau chaude et au savon, puis, lorsque la malade commence à dormir, on injecte avec une seringue 150 centimètres cubes de teinture d'iode dans le vagin pour en parfaire la désinfection.

Laparotomie médiane sous-ombilicale de 15 centimètres. Les anses intestinales sont soigneusement isolées par un mur épais de compresses. La vessie apparaît étalée, nettement limitée à sa partie supérieure par un bourrelet arrondi ; au-dessus, on voit l'utérus remonté dans l'abdomen. On pratique l'hystérectomie totale : le vagin est incisé complètement sur le pédicule du polype. Celui-ci ne s'accouche qu'après de très fortes tractions exercées sur l'utérus. Aussitôt après, on introduit une mèche avec de la teinture d'iode dans le vagin, puis un drain en T. Fermeture du vagin à l'aide d'un surjet ; surjet de péritonisation ; suture de la paroi à triple étage.

Suites opératoires. — La malade reçoit, immédiatement

après l'opération, une injection de 500 grammes de sérum.

Les suites de l'opération sont excellentes, apyrétiques.

Le 4 février, ablation du drain vaginal.

Le 10 février, premier pansement ; ablation des fils ; réunion per primam.

Le 18 février, petite suppuration au niveau d'un catgut de la paroi, qui guérit en 5-6 jours.

Le 6 mars, la malade sort ; il persiste encore de l'anémie.

Examen des pièces. — Gros polype, à peu près sphérique, de 10-12 centimètres de diamètre ; coloration rougeâtre ; surface lisse, avec par places des érosions superficielles.

Le pédicule a trois centimètres de largeur et s'implante sur la face postérieure de l'utérus, au voisinage du fond.

L'utérus, suivant la comparaison très juste du docteur Reynès, coiffe le polype à la façon du couvercle d'une lampe à alcool. Il mesure 6 centimètres de longueur ; le col ne peut être différencié du corps utérin. Il y a un léger degré d'inversion utérine, au niveau de l'insertion du pédicule. Dans l'épaisseur des parois, on ne sent pas de noyaux fibromateux.

Ovaires scléro-kystiques ; kyste de la grosseur d'une amande dans l'ovaire droit.

Trompes normales.

Observation II

(De M. Lejars, *in* Leçons de Chirurgie.)
Enorme polype. Rupture du pédicule par torsion. Extraction avec forceps. Guérison sans accidents.

Il s'agissait d'une femme de 44 ans, que j'opérai, en 1892, dans le service de M. Polaillon.

En 1890, notre malade, qui, depuis quelque temps, souffrait de douleurs lombaires et d'une sensation de pesanteur dans le bassin, était prise d'une hémorragie abondante. Depuis lors, les règles conservèrent ce caractère hémorragique ; la malade devait s'aliter ; elle perdait de volumineux caillots. Entre temps, la leucorrhée était continue, et revêtait parfois la forme de véritables débâcles d'un liquide clair et transparent. Il y a trois mois, l'hémorragie reparaît, résiste à tous les traitements et dure encore en août 1892.

Ajoutons que, depuis longtemps, la constipation était opiniâtre. A plusieurs reprises, pendant les efforts, la malade a vu apparaître à la vulve une tumeur blanchâtre, une sorte de gros œuf qui semblait tout prêt à sortir. De plus, il lui est arrivé maintes fois de sentir, en se remuant, une sorte de ballottement, et comme le choc d'un corps pesant, qui se déplaçait dans son vagin. Depuis trois mois, ces sensations étranges, que la malade décrit d'ailleurs très nettement, ont disparu, et la masse paraît immobile et fixée. Elle est devenue trop grosse pour basculer sur elle-même et se mouvoir.

De fait, elle est énorme. Il suffit d'écarter un peu les grandes lèvres pour apercevoir une tumeur arrondie, sphéroïde, un peu irrégulière de surface, d'une coloration grisâtre, qui distend l'anneau vulvaire et proémine dès que la

malade fait un effort. Le vagin est rempli, et c'est avec peine que l'on arrive à insinuer le doigt entre le pourtour de la tumeur et la paroi du conduit : on se rend aisément compte qu'elle est parfaitement libre sur toute sa périphérie, et qu'elle se prolonge vers l'utérus en s'amincissant un peu ; mais il est impossible de faire pénétrer l'index jusqu'au col. Le palper hypogastrique permet de reconnaître un utérus un peu volumineux, dont le fond remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Polype fibreux de l'utérus, à développement vaginal. — Tel fut notre diagnostic ; et le 11 avril, je procédai à l'intervention suivante, qui ne laissa pas que d'être laborieuse. La tumeur fut d'abord saisie entre les mors d'un petit forceps, à dents de brochet, après que chacune des branches eut été mise en place isolément. Je m'assurai que le polype se prêtait à un mouvement de rotation étendu autour de son pédicule profond et inaccessible, et je le fis tourner sur place, sans aucune difficulté, d'au moins 135° ; j'étais dès lors certain que le pédicule était étroit. Je poursuivis ce mouvement de rotation sur place et de torsion, et j'acquis bientôt la certitude que la tumeur ne tenait plus dans la profondeur. Ce n'était là qu'un premier temps ; le second, l'extraction, devait être fort pénible.

La grosse tumeur s'était creusé une véritable loge dans le vagin ; elle en avait distendu la paroi postérieure, derrière la fourchette, et la traversée périnéo-vulvaire devenait un accouchement laborieux. Je dus recourir à une manœuvre obstétricale bien connue, en relevant fortement les branches de mon forceps, pour dégager peu à peu *la tête* en arrière ; enfin, elle céda, sans que nous ayons eu besoin de débrider la vulve.

Le polype, ovoïde, comme une volumineuse tête de fœ-

tus, portait à son pôle supérieur un pédicule à peine gros comme le petit doigt, et qui allait s'insérer sur la paroi postérieure de la cavité utérine, à travers un col largement dilaté : il s'était laissé rompre aisément par la simple torsion, et avait cédé, à peu de distance de son point d'attache.

Les suites de l'intervention furent très simples, et la malade sortait, bien guérie, le 25 août.

Observation III

(M. Villeneuve (*in* Marseille Médical, 1892, p. 786) ; résumée par C. Daniel, *in* Rev. de Gyn. et de chir. abdominales, 1903, p. 246.)
Polype utérin volumineux. Ablation. Salpingo-ovarite grippale. Ovariectomie et myomectomie.

46 ans. Il y a un an, pertes blanches.

Opération. — Ablation du polype par le vagin.

Suites opératoires fébriles, qui, pour l'auteur, sont dues à une épidémie de grippe.

Douleurs abdominales, fièvre.

Nouvelle laparotomie ; cinq mois après, on constate que l'utérus est bourré de myomes ; l'ovaire droit est adhérent, la trompe est kystique et purulente. Ablation des annexes droites.

Réflexion. — L'auteur conclut que la salpingo-ovarite est de cause grippale, et, à cause de la persistance de la douleur et de la fièvre, l'on pratique une hystérectomie vaginale.

Observation IV

(Résumée). — Kœberlé (*in* Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc. 1888, p. 160).
Ablation d'un polype utérin de dimensions énormes.

Mlle C..., 54 ans. Ménopausée depuis 5 ans. Règles toujours très abondantes ; elle était affectée de fibromes uté-

rins, dont la masse ne dépassait guère celle d'une petite tête. 2 à 3 ans après la ménopause, métrorragies irrégulières de plus en plus fortes ; en même temps, odeur fétide due à la décomposition des caillots dans le vagin, et l'on pensa à un cancer utérin. Puis, cessation des hémorragies, retour progressif des forces, et persistance d'un écoulement séro-purulent vaginal, sans odeur, et de la constipation.

Kœberlé voit la malade en juin 1887, et fait le diagnostic d'énorme polype fibreux remplissant toute l'excavation pelvienne, et distendant démesurément le vagin jusqu'à l'orifice externe du canal génital. La tumeur était assez dure, irrégulièrement arrondie, de couleur violacée. Les limites supérieures ne peuvent être reconnues, mais, avec une tige d'acier recourbée de Kœberlé, on se rend compte qu'elle est sphéroïde et terminée par un pédicule rétréci. Par le toucher et le palper combinés, le polype paraissait avoir 15 à 16 centimètres de diamètre.

Opération le 18 juin. Large incision du périnée jusqu'à l'anus ; par cette incision, ni forceps, ni pinces à griffes ne purent entraîner le polype. Alors, torsion du pédicule à l'aide de ces pinces ; celui-ci commença à se déchirer après deux tours ; la torsion fut continuée un quart d'heure, et la tumeur fut tout à fait libre. Pas d'hémorragie.

Kœberlé, pour faciliter l'extraction, découpe avec de forts ciseaux, circulairement, un épais lambeau spiroïde d'une trentaine de centimètres de long, à la manière d'une pelure de pomme, jusqu'à ce que le restant de la tumeur pût passer par le périnée facilement.

La tumeur pesait 750 grammes ; le pédicule avait l'épaisseur de deux doigts réunis et s'implantait au voisinage de l'orifice externe.

Nettoyage du vagin ; suture du périnée. Guérison parfaite au bout de trois semaines.

Observation V

(De Velpeau et Chassaignac, *in* Bull. Soc. Anat. 1833, p. 113.)
Polype fibreux. Extraction par morcellement au bistouri. Inversion momentanée de l'utérus. Guérison

Chassaignac présente une tumeur fibreuse de l'utérus récemment enlevée par Velpeau. Le volume de la tumeur s'opposait à ce qu'elle pût franchir le vagin, et les instruments n'ayant pas prise sur elle, Velpeau se proposait de faire au périnée deux incisions latérales, lorsque Chassaignac lui proposa d'enlever, au moyen de deux incisions, un segment cunéiforme de la tumeur, de manière à diminuer son épaisseur, ce qui fut fait au moyen de fils passés dans la base du polype, et qui servirent à l'attirer, tandis que le bistouri en retranchait la partie moyenne.

Après quoi, la tumeur put franchir le détroit périnéal, de manière à ce qu'on excisât son pédicule. L'opération fut suivie d'un renversement momentané de la matrice qui se réduisit promptement. Il n'y eut pas d'hémorragie.

Observation VI

(De MM. Petit et Weinberg, *in* Presse Médicale 1902, p. 655.)
Polype implanté sur utérus fibromateux. Ablation par la voie abdominale. Guérison.

MM. Raymond Petit et Weinberg présentent à la Société Anatomique, le 4 juillet 1902, un utérus fibromateux enlevé par la voie abdominale et qui donnait lieu à d'abondantes hémorragies chez une femme de 28 ans. L'un des fibromes pédiculés formait un polype dans la cavité vaginale et y avait pris un énorme développement. Son

volume atteint celui d'une grosse tête de fœtus. Il distendait et remplissait le vagin au point de rendre le toucher vaginal impossible. On ne pouvait introduire dans le vagin qu'une sonde de Nélaton, numéro 12. En écartant les grandes lèvres, on apercevait immédiatement la tumeur.

La malade a guéri sans accidents.

Observation VII

(De M. Fawell, *in* Revue de Gyn. et de Chir. abd. 1903, p. 681.)
Polype fibreux expulsé spontanément du vagin. Ecrasement du pédicule. Guérison.

M. Fawell présente un polype fibreux pesant trois livres 11 onces. Cette tumeur s'était développée sur un long pédicule, attaché au fond de l'utérus. La malade avait souffert de ménorragies depuis plus de deux ans, mais était alitée depuis trois semaines seulement. La tumeur a été expulsée du vagin spontanément, sans causer ni inversion de l'utérus, ni aucun dommage au périnée, bien que le pédicule restât attaché. Le polype fut enlevé par écrasement du pédicule, et la malade guérit. Il n'y a aucune apparence d'altération dans la forme de la tumeur par le passage à travers le pelvis.

Observation VIII

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 135.)
Polype utérin remplissant tout le vagin: Section du pédicule à l'écraseur. Extraction impossible de la tumeur. Morcellement. Guérison.

32 ans, jamais d'enfants. Bon état général. Polype plus volumineux qu'un poing d'adulte, distendant fortement la cavité vaginale. Insertion inaccessible. Vulve étroite. Périnée résistant.

Dilatation de la vulve avec le spéculum bivalve. Avec l'écraseur, section du pédicule qui avait 2 centimètres de diamètre et s'insérait à la face interne de la lèvre postérieure du col. Extraction de la tumeur impossible par tractions simples. Morcellement aux ciseaux.

Guérison.

Observation IX

(Résumée). — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 128.)

Enorme polype. Section du pédicule à l'écraseur. Applications infructueuses du forceps pour l'accouchement de la tumeur. Morcellement. Extraction et guérison.

Observation X

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 127.)

Enorme polype de l'utérus. Anémie. Section du pédicule à l'écraseur. Extraction sans morcellement. Guérison.

54 ans. Depuis 4 ans, ménorragies ; depuis 2 ans, trois métrorragies à 2-3 jours de distance. Il y a 18 mois, tumeur comme un œuf de pigeon dans le vagin. Depuis un an, pertes blanches seulement, anémie.

Actuellement, tumeur du volume d'une grosse pomme; pédicule inaccessible. Opération : section du pédicule avec l'écraseur, extraction avec pinces. Pédicule à largeur d'une pièce de 50 centimes. Pas d'hémorragie. Guérison ; augmentation de l'état névrosique, douleur à la pression au niveau de l'ovaire gauche.

Observation XI

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 127.)
Enorme polype. Morcellement au bistouri. Extraction au forceps. Ablation incomplète. Amélioration.

50 ans. Pertes utérines très graves.

Grosse masse fibreuse remplissant toute l'excavation, et faisant saillie au-dessous du pubis. Très large base, tenant à la paroi postérieure de la matrice. Morcellement par tranches avec le bistouri. Extraction avec pince-forceps. Ablation incomplète, dans la crainte d'entamer le tissu utérin.

Grande amélioration.

Observation XII

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 126.)
Enorme polype. Anémie extrême. Section du pédicule au bistouri. Extraction au forceps. Pas d'hémorragie. Guérison.

Anémie au dernier degré. Très gros polype remplissant entièrement la cavité pelvienne ; avec la plus grande difficulté Depaul arrive dans la région du col au pédicule.

Le pédicule, qui avait la grosseur du pouce, est coupé au bistouri. Application de forceps nécessaire.

Le polype avait le volume d'une grosse tête d'enfant à terme.

Guérison.

Observation XIII

(Résumée. — *In* Pozzi, Revue de Chirurgie, 1885, p. 123.)
Enorme polype utérin. Anémie extrême. Section préalable du pédicule avec l'écraseur linéaire. Evidement conoïde consécutif de la tumeur pour permettre son extraction. Guérison rapide.

B..., 40 ans. Depuis 2 ans et demi, ménorragies avec caillots et métrorragies ; anémie très prononcée.

Tumeur très élevée remplissant la partie supérieure du vagin ; l'utérus déborde la symphyse de quatre travers de doigt.

Opération : abaissement de la tumeur avec deux pinces de Museux ; section lente du pédicule avec l'écraseur ; les tractions ne peuvent alors amener la tumeur au dehors ; évidement conoïde qui permit à la tumeur de descendre.

Tumeur un peu ovoïde ; grand contour, 24 cent. ; grand axe, 12 cent. ; poids, 217 grammes.

Suites opératoires simples. Les règles sont revenues quinze jours après l'opération, et depuis régulièrement.

Observation XIV

(De M. Lejars, *in* Bull. Soc. Chir., année 1898, p. 372.)
Polype utérin récidivé. Morcellement. Perforation utérine. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, à laquelle j'avais enlevé, en mars 1897, un gros polype utéro-vaginal. Six mois après, elle revenait nous trouver, avec une tumeur encore plus volumineuse, et remplissant tout le vagin. Cette rapidité de la récidive me fit penser à une tumeur sarcomateuse, ou du moins, à une part importante du sarcome dans la constitution du polype.

Le 16 octobre, je pratiquai le morcellement, et, en sectionnant le pédicule, qui s'insérait sur le côté gauche de la cavité utérine, la paroi fort amincie fut intéressée et je vis apparaître les annexes gauches. Je pris alors le parti de faire l'hystérectomie vaginale, qui fut très simple, et que je terminai par la ligature des pédicules. Une fois l'utérus enlevé, je m'aperçus qu'il portait un fibrome sous-péritonéal de petit volume, et étant donnés les caractères et l'évolution du polype, je crois que le résultat a été, en définitive, heureux. La malade guérit sans incident.

Observation XV

(De M. Lejars, *in* Leçons de Chirurgie, 1895.)
Polype récidivé Extirpation totale. Guérison définitive.)

Le polype, très volumineux, s'étalait dans le vagin ; la section fut faite en 1889, ausi haut que possible, avec l'écraseur linéaire de Chassaignac.

L'opérée guérit fort bien, mais elle revenait, l'année suivante, avec une tumeur de même forme et de volume presque égal. L'examen du pédicule, extirpé cette fois tout entier, me permit de relever la texture spéciale du pédicule, qui suffirait à expliquer la récidive : il était fibro-sarcomateux. Depuis lors, aucune tumeur nouvelle ne s'est montrée, et la guérison paraît définitive.

Observation XVI

(De Fergusson, résumée *in* Thèse Lambert, 1870, p. 116.)
Polype pris pour tête d'enfant. Application de forceps. Rupture utérine. Mort.

Polype au-devant de la tête, pris pour la tête de l'enfant et saisi avec le forceps. Mort 48 heures après. Rupture de l'utérus au niveau du pédicule.

Observation XVII

(De M. Branchini, *in* Italia San. Milano, 1907.)

Polipo fibroso voluminoso della cavita dell' utero sieso in vagina.

Observation XVIII

(Résumée. — De M. Reboul (de Nimes), *in* Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1898, p. 363.)

Gros polype fibreux utéro-vaginal sphacélé remplissant le vagin ; infection locale et générale. Extraction de la tumeur après morcellement. Guérison.

Mme D..., 50 ans, est amenée à M. Reboul pour tumeur vaginale s'accompagnant d'écoulements infects et d'une altération de la santé générale.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure. 3 accouchements en 14 ans, le dernier il y a 15 ans. Bien réglée habituellement.

Maladie actuelle. — Depuis trois ans, pertes blanches ; règles très abondantes, durant 4 jours, très irrégulières ; métrorragies. Depuis deux mois, pertes continuelles. Inodores, grâce aux soins hygiéniques, les pertes sont formées depuis quelques jours d'un ichor sanguinolent, fétide, très abondant, à odeur persistante. La malade est très amaigrie, d'une pâleur jaunâtre, sans forces ; elle a de la fièvre à exaspération vespérale. Douleurs hypogastriques très vives, dysurie, ténesme rectal, coliques utérines, douleurs lombaires.

Examen. — Par le palper abdominal, on sent une masse dure, peu mobile, dans le bassin ; l'utérus paraît abaissé, le fond déprimé.

Le doigt est arrêté, dès son entrée dans le vagin, par une tumeur volumineuse, emplissant tout le vagin et le distendant comme une tête fœtale. A grand' peine seulement, on franchit la tumeur en avant et on arrive sur le col ; en arrière, le doigt ne peut passer entre la tumeur et le vagin. Cette tumeur est arrondie, irrégulière ; la sur-

face est formée par un tissu noir, qui se détache par lambeaux gangrenés et infects.

Diagnostic. — Gros polype fibreux utéro-vaginal, sphacélé, implanté soit sur le col, soit dans la cavité utérine, peut-être avec inversion.

Traitement. — Du 5 au 16 février 1898, régime lacté (car la malade présente, en outre, de l'œdème des membres inférieurs et une lésion mitrale très nette), des irrigations antiseptiques vaginales et de grands lavements chauds.

Opération le 16 février. Irrigation vaginale chaude avant et pendant toute l'opération.

La tumeur ne peut franchir l'orifice vaginal ; les tentatives d'extraction avec le forceps denté de Collin restent vaines. Les torsions à l'aide du forceps n'amènent qu'une partie de la tumeur en dehors de la vulve. Morcellement de cette partie antérieure.

Avec le forceps, la tumeur est alors amenée en dehors du vagin. L'utérus suit ; par le col dilaté, passe le gros pédicule ; le fibrome est largement implanté sur le fond, la face postérieure et le bord gauche de l'utérus. Par tractions, exagération de l'inversion utérine, ligature élastique provisoire hémostatique sur le pédicule ; section avec ciseaux courbes du polype près de sa base d'implantation ; pas d'hémorragie notable.

Irrigation utérine d'eau bouillie très chaude. Réduction de l'inversion ; la cavité de l'utérus est bourrée avec de la gaze ; de même, le vagin dont les parois présentent des plaques de sphacèle de la muqueuse, est bourré avec de la gaze à l'airol et fermé à l'aide d'une plaque de protection.

Le 28, l'infection a disparu. Plus de fièvre. Amélioration progressive de l'état général.

Le 15 mars, sortie de la malade ; l'utérus a repris ses dimensions normales.

Examen de la pièce. — Poids, 1 kilog ; circonférence, 34 centimètres ; surface sphacélée. Fibromyome pur.

Observation XIX

(Résumée. — De M. Bégouin, *in* Journal de Méd. de Bordeaux, 1906, p. 417.)
Polype fibreux sphacélé. Ablation par torsion impossible. Morcellement ; hystérotomie médiane. Guérison. 3 mois après, carcinome intra-utérin. Hystérectomie totale abdominale.

Mme D..., 47 ans, a eu trois enfants, à 21, 24 et 26 ans, sans aucun incident ; jamais elle n'a souffert du bas-ventre ; jamais ses règles, qui étaient régulières, de moyenne abondance et duraient 3-4 jours, n'avaient attiré son attention.

Il y a trois ans, les règles sont devenues plus abondantes et durent plus longtemps ; pas de métrorragie. Le médecin pense à des troubles de la ménopause et ordonne des injections antiseptiques. Un an plus tard, un autre médecin trouve un fibrome, et, six mois après, propose, après un nouvel examen, une opération qui est refusée. Alors, abondantes ménorragies, laissant à leur suite une grande faiblesse ; en janvier 1905, une syncope.

En mai 1905, la malade vint consulter M. Bégouin, qui propose une intervention pour un fibrome sous-muqueux intra-cavitaire du volume du poing ; la malade refuse.

Pendant tout l'été 1905, ménorragies très longues et très abondantes ; quelques pertes roussâtres à la suite, et en octobre, de l'hydrorrhée. A partir de septembre, pertes fétides, fièvre, faiblesse extrême, parfois crises de coliques expultrices au moment des règles.

M. Bégouin trouve alors le vagin rempli par un énorme polype fibreux dont la partie antérieure est sphacélée ; état

de faiblesse très grand, fièvre à 38°5-39°4. Curettage des parties sphacélées et désinfection par injections au cyanure de mercure et à l'eau oxygénée.

Après quinze jours de désinfection, meilleur état général et sphacèle disparu.

Opération le 24 novembre 1905 : l'ablation par torsion du gros polype ne peut se faire, à cause de sa large implantation. Alors, morcellement aux ciseaux. Hystérotomie médiane antérieure pour enlever la partie intra-utérine : cette masse enlevée, plus volumineuse que les deux poings, n'a pas la dureté ni l'aspect du fibrome classique.

Au bout de douze jours, la malade sort, n'ayant plus aucune perte, ni douleur.

Vers le milieu de février, hémorragie très abondante, qui se prolonge indéfiniment ; par moments, crises de douleurs expultrices.

M. Bégouin la revoit le 10 mars : par le col entr'ouvert, le doigt touche une masse molle, qui saigne ; le curage digital en retire au moins le volume d'une grosse orange. Ce tissu est blanc rosé et reconnu pour du carcinome très net, par M. Brandeis.

L'utérus était mobile. M. Bégouin fait l'hystérectomie abdominale, le 13 mars : hystérectomie totale, suivie d'une réfection péritonéale et d'un drainage vaginal pendant 48 heures.

Une masse bourgeonnante naît de la muqueuse du fond, à droite, qui est du carcinome macroscopiquement et microscopiquement. Dans la paroi utérine, trois petits fibromes.

L'auteur fait remarquer que le point d'implantation du cancer est tout voisin de celui où il excisa, 3 mois avant, l'implantation du polype fibreux, et que cliniquement tous

les symptômes pouvaient être expliqués, en novembre, par le polype sphacélé, celui-ci masquant le cancer coexistant, comme cela arrive, du reste, trop souvent.

Observation XX

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 124.)

Enorme polype utérin en partie gangréné. Septicémie chronique. Extirpation avec l'instrument tranchant, pas d'hémorragie. Guérison rapide.

T..., 36 ans, a eu six enfants et deux avortements. Depuis trois ans, ménorragies abondantes ; une fois, métrorragie considérable.

Le 20 août, elle ressent des coliques sourdes, urine et va à la garde-robe difficilement ; elle s'aperçoit de la présence d'une tumeur dans le vagin.

Le 30 août, elle entre à l'hôpital avec une rétention d'urine complète.

Le vagin est distendu par une tumeur, dont le volume est supérieur à celui d'une tête de fœtus ; une matière noire, liquide, fétide, s'est accumulée derrière la tumeur. Au spéculum, masse ardoisée, avec plaques noirâtres. L'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Impossibilité d'uriner (cathétérisme quatre fois par jour) ; difficulté pour aller à la selle (lavements).

Mauvais état général ; teint jaune paille, cachexie avec fièvre hectique.

Opération le 10 septembre : désinfection du vagin ; morcellement de la tumeur avec le bistouri ; le pédicule ne peut être sectionné avec l'écraseur ; section du pédicule avec les ciseaux. Pas d'hémorragie.

Irrigations phéniquées intra-utérines et vaginales, pendant une semaine.

Guérison.

Observation XXI

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 131.)

Enorme polype utérin faisant saillie hors de la vulve et remplissant toute l'excavation pelvienne. Rétention d'urine et des matières intestinales. Symptômes généraux graves. Rupture du pédicule pendant une séance d'exploration. Expulsion violente de la tumeur et d'une grande quantité de liquide putride. Injections désinfectantes. Guérison.

60 ans. Mauvais état général ; fièvre ; rétention d'urine ; constipation ; depuis trois jours, douleurs violentes analogues à celles de l'accouchement.

Depuis la veille, entre les cuisses de la malade, énorme polype utérin, aussi volumineux que la moitié d'un enfant à terme ; au moins 20 centimètres de long. Toucher vaginal impossible. Utérus atteignant l'ombilic.

Un léger mouvement de torsion rompt le pédicule ; la tumeur tombe et il s'écoule deux litres de liquide : c'était un mélange de sang, de pus et de sanie, d'une insupportable puanteur.

Trois régions distinctes dans la tumeur : le renflement congestionné apparu au dehors, une portion cylindrique aussi longue, logée dans le vagin, et une troisième portion conique de quinze centimètres de long, se terminant par un pédicule de la grosseur du petit doigt.

La main, introduite dans la cavité utérine, permit de reconnaître un fibrome lenticulaire, de douze centimètres de diamètre, dans l'épaisseur de la paroi antérieure.

Injections. Guérison.

Observation XXII

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 139.)
Enorme polype. Anémie extrême. Morcellement et extraction au forceps. Mort de septicémie le septième jour.

36 ans ; deux enfants.

Hémorragies depuis trois mois ; anémie très prononcée. Corps fibreux du volume d'une tête d'adulte. Morcellement en trois fragments et extraction avec le forceps.

Mort de septicémie le septième jour.

Observation XXIII

(De M. Mackenrodt, *in* Rev. de Gynéc. et Chir. abdom., 1903, p. 674.)
Enorme polype, expulsé dans le vagin six semaines après un accouchement après injection d'ergot de seigle. Sphacèle.

M. Mackenrodt présente un *énorme polype fibreux de l'utérus,* du volume d'une tête d'enfant, qui avait été expulsé dans le vagin, six semaines après un accouchement, sous l'influence d'une injection d'ergot de seigle déterminant une inversion utérine complète. Le polype était sphacélé.

L'auteur fait remarquer qu'il est étonnant qu'une grossesse, coïncidant avec un polype aussi volumineux, ait pu aller à terme sans accident.

Observation XXIV

(De M. Potherat, *in* Bull. Soc. Chir., 1898, p. 368.)
Polype sphacélé après tentatives de rupture par torsion. Infection générale. Morcellement. Guérison.

J'ai vu un sphacèle rapide d'un très gros fibrome accouché dans le vagin et sur lequel on avait fait des appli-

cations répétées d'un petit forceps, avec mouvements de rotation pour rompre le pédicule. Le pédicule ne se rompit pas, le polype ne put être amené au dehors, mais une fièvre violente se déclara, la température monta à 40, 41 degrés ; au bout de 48 heures, les conjonctives étaient subictériques, le facies terreux, les yeux excavés, le ventre était légèrement ballonné. Heureusement que je pus intervenir le troisième jour ; en quelques minutes, j'enlevai par morcellement un polype en voie de sphacèle, dont les morceaux rassemblés remplissaient une cuvette, et représentaient un poids qui, approximativement, devait être supérieur à 2 kilogrammes. Les suites furent simples et j'eus la satisfaction de voir guérir cette femme qui n'avait que 30 ans.

Observation XXV

(De M. Lejars, *in* Bull. de la Soc. Chir., 1898, p. 343.)
Enorme polype, sphacélé superficiellement. Septicémie chronique. Morcellement. Guérison.

Femme de 34 ans, opérée à Beaujon, en mai 1896. Elle souffrait et perdait du sang depuis quatre ans ; dans les derniers mois, les pertes étaient devenues très fétides et tous les phénomènes de la septicémie chronique avaient paru : très pâle, de teint jaunâtre et le visage flétri, comme une cancéreuse, cette jeune femme était tombée dans une véritable cachexie ; alitée, elle vomissait tout ce qu'elle prenait. On avait pensé au cancer utérin. Or, le vagin était encombré par un énorme polype fibreux, de surface noirâtre et putrilagineuse, qui se prolongeait très haut dans l'utérus dilaté et agrandi ; il fut morcelé et le pédicule, qui s'implantait au fond de la cavité utérine, simplement sectionné aux ciseaux ; un abondant lavage et un tam-

ponnement iodoformé terminèrent l'intervention, et, une fois supprimé ce foyer septique, la guérison fut rapide. Le sphacèle portait sur la coque de la tumeur, le centre fibreux avait conservé son aspect et sa consistance, et, au voisinage du pédicule, le polype reprenait les caractères de la vitalité.

Observation XXVI

(Résumée. — De M. Decornière, *in* Bull. Soc. Chir., 1893, p. 127.)
Polype fibreux utérin. Expulsion spontanée.

Une femme de 46 ans se présente en 1884 avec une tumeur fibreuse de l'utérus grosse comme une orange. M. Decornière conseille l'expectation.

Un an après, la tumeur avait notablement augmenté ; un traitement à l'iodure de potassium n'amène aucune amélioration. La tumeur continue à évoluer ; en 1888, apparaissent des métrorragies précédées de douleurs. Ces métrorragies vont en s'accentuant, si bien qu'en avril 1889, elles sont continues et résistent au seigle ergoté. Le 12 octobre 1889, l'état général de la malade est très grave et fait craindre une issue fatale, quand apparaît à la vulve une masse sphacélée, grosse comme une tête de fœtus, et dont l'extraction fut faite. Grâce aux injections phéniquées les suites furent favorables, et la malade guérit rapidement.

M. Routier ajoute qu'il eût été préférable de ne pas attendre que le col s'entr'ouvrît, et de sectionner celui-ci pour faciliter l'expulsion du polype.

Observation XXVII

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 129.)

Polype utérin inséré sur le fond de la matrice, remplissant le vagin et descendant jusqu'à la vulve. Morcellement de la portion vaginale. Enucléation de la portion utérine. Septicémie. Mort le troisième jour.

40 ans. Tumeur fibreuse remplissant exactement le vagin, ne permettant pas au doigt de s'engager profondément dans le vagin. L'utérus, plus gros que le poing d'un adulte, dépassait le pubis de plusieurs centimètres.

Pertes très abondantes et anémie.

Dilatation de la vulve avec le spéculum bivalve. Tentative d'excision cunéiforme, puis morcellement avec l'écraseur de Chassaignac. Enucléation avec une spatule de la partie intra-utérine de la tumeur qui mesurait 7 centimètres de long. Hémorragie assez abondante. Mort 60 heures après de septicémie.

Observation XXVIII

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 128.)

Enorme polype utérin. Extirpation avec l'écraseur. Hémorragies. Septicémie Mort le douzième jour.

50 ans ; réglée à 17 ans. A eu six enfants, dont le dernier il y a 13 ans.

Il y a cinq ans, pertes pendant un mois ; anémie extrême. Hémorragie toutes les trois semaines ; un corps fibreux est reconnu. Il y a trois semaines, pendant quatre jours, douleurs expulsives, très vives dans le bas-ventre, suivies d'un écoulement fétide. Constipation opiniâtre. Fièvre.

Injections antiseptiques. Sous chloroforme, exploration de la tumeur nettement pédiculée.

Extirpation de la tumeur avec l'écraseur de Desprez ; hémorragie au moment de l'opération. Septicémie. Mort.

A l'autopsie, implantation du polype à la face antérieure de l'utérus.

Observation XXIX

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 133.)

Enorme polype. Anémie extrême. Septicémie chronique. Morcellement avec le serre-nœud et l'écraseur. Hémorragie primitive et consécutive. Mort 6 heures après l'opération.

40 ans. Depuis 7 ans, métrorragies. Il y a un an, un médecin reconnaît le polype et essaye en vain l'ablation par ligature.

Verneuil, par le toucher, constate une tumeur volumineuse qui remplit toute l'excavation pelvienne. Elle est sphacélée, grisâtre. Le doigt introduit dans le vagin amène l'écoulement d'un flot de liquide très fétide. Fièvre à 39°.

Désinfection vaginale avec eau phéniquée et injections d'ergotine pendant un mois. Morcellement avec le serre-nœud de Maisonneuve, puis avec l'écraseur de Chassaignac. Le pédicule a à peine la grosseur du pouce. On trouve alors un second polype du volume d'une noix, appendu au col ; il est enlevé facilement. Hémorragie légère.

Mort 6 heures après.

A l'autopsie, gros caillot dans le vagin. Sur l'utérus, restes du pédicule inséré sur la face postérieure de la cavité du col.

Observation XXX

(Résumée. — *In* Pozzi, *loc. cit.*, p. 139.)

Polype utérin très dur, remplissant complètement l'excavation du petit bassin chez une vierge. Morcellement très laborieux. Métro-péritonite avec symptômes adynamiques. Mort le cinquième jour.

51 ans, vierge. Depuis six ans, ménorragies douloureuses. Anémie extrême. Vers la fin, violentes douleurs dans le bas-ventre, semblables aux douleurs de l'accouchement.

Ventre douloureux au niveau de l'ovaire gauche. L'utérus, gros comme les deux poings et arrondi, saille au-dessous du pubis. Vulve étroite, rigide. En écartant les lèvres, on aperçoit dans le vagin une tumeur qui arrête le doigt, lorsqu'il a pénétré de trois centimètres. Miction difficile, défécation rare et laborieuse. Etat général mauvais ; fièvre légère le soir.

Opération : Débridement au thermo du périnée jusqu'au sphincter anal exclusivement. Morcellement aux ciseaux, puis à l'écraseur ; extraction incomplète en huit fragments ; on lave la partie intra-utérine. Hémorragie de 200 grammes.

Mort par septicémie huit jours après l'opération.

Observation XXXI

(De M. Rouffart, *in* J. de chir. et Ann. Soc Belge de chir. Bruxelles, 1905.)

Polype utérin gangrené dans le vagin ; extraction au forceps.

Observation XXXII

(De M. Smith, *in* Canada M. Rec. Montréal, 1903, p. 385.)

Large fibroid polypus completely filling the vagina, causing exhausting hemorrhages ; removal and recovery.

CONCLUSIONS

I. Les énormes polypes fibreux de l'utérus sont « ceux qui, remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas le doigt arriver au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres ».

II. Au point de vue anatomique, comme au point de vue clinique, ils passent par trois périodes : polypes intra-utérins, polypes vaginaux, énormes polypes.

III. Les complications les plus fréquentes sont la transformation sarcomateuse du pédicule et récidive, et surtout le sphacèle qui se produit par ischémie et infection et peut amener une infection générale.

IV. Le diagnostic est généralement facile ; il faut les distinguer des corps fibreux sessiles, des polypes cervico-labiés, des faux polypes placentaires, de l'inversion utérine et du cancer.

V. Le traitement doit être prophylactique : ablation de tout fibrome.

VI. Le traitement curatif est exclusivement chirurgical. Il doit toujours être précédé d'une désinfection du vagin et d'un traitement général, si le temps le permet.

La polypectomie vaginale par morcellement est l'opération de choix.

S'il y a coexistence de fibromes interstitiels, on fera

l'hystérectomie abdominale lorsque la fibromatose sera considérable, et l'hystérectomie vaginale après le morcellement lorsque l'utérus sera bourré de petits myomes.

Après la polypectomie vaginale, l'hystérectomie peut être indiquée secondairement s'il y a des lésions chroniques persistantes de l'utérus et des annexes.

VII. Le pronostic opératoire est bon d'une façon générale.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Apostoli. — Traitement électrique des fibromes utérins. III[e] Congrès franç. de Chir., Paris, 1888 ; IV[e] Congrès franç. de Chir., 1889.

Bayle. — Dictionnaire en 60 volumes, 1813, tome VII, p. 73.

Bégouin. — Société d'Obstét., de Gyn. et de Pédiat. de Bordeaux, 13 mars 1906, in Journal de Médecine de Bordeaux, 10 juin 1907, p. 417.

Bonnet et Petit. — Traité de Gynécologie, 1894.

Bouilly. — Mercredi médical, 1890, numéro 18.

— Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, Paris, 1898.

Branchini. — Italia san., Milano, 1907, p. 133.

Browkillo. — De l'extirpation partielle des polypes utérins volumineux à large pédicule. Thèse, Paris, 1881.

Buffet. — Polypes fibreux utéro-vaginaux sphacélés. Rapport de Lejars. Soc. de Chirurgie, Paris, 30 mars 1898.

Castet. — Complications urinaires des fibromes de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1906.

Championnière et Darrion. — Sur le traitement électrique des fibromes utérins. Bull. Soc. Chir., 1889, p. 470.

Charreire. — Myomes et ménopause ; atrophie, dégéné-

rescences malignes, indications. Thèse, Montpellier, 1906-1907.

Chassaignac. — Bull. de la Société Anat., 1833, p. 113.

Chrobak. — Centr. f. Gyn., 1890, p. 596.

Combris. — Coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus. Thèse, Paris, 1905.

C. Daniel. — Rev. de Gyn. et de Chir. abdom., 1903, p. 25 et 193.

Dartigues. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. Thèse, Paris, 1901.

Decornière. — Expulsion d'un polype fibreux de l'utérus. Rapport de Routier. Soc. de Chir., Paris, février 1893.

Delage et Gaujoux. — Sur la suppuration des fibromes utérins. Gaz. des Hôp., Paris, 1907, p. 591-594.

Delbet. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, tome VIII, 1892, p. 429.

Demarquay. — Mercredi médical, 1857, numéro 4.

Demons. — Choix de l'intervention dans le traitement des gros polypes fibreux de l'utérus. XIV^e^ Cong. franç. Chir. Paris, 1901, p. 615.

Denucé. — Traité clinique de l'inversion utérine. Paris, 1883.

Doyen. — Archives provinciales de Chirurgie, 1893.

Fawell. — North of England obstetrical and gynec. society. 17 octobre 1902, in Rev. de Gyn. et de Chir. abd., 1903, p. 681.

Forgue et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale, tome II, p. 965, 1892.

Gavilau. — De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins. Thèse, Paris, 1888.

Guéry. — Etude sur la suppuration des fibromyomes utérins. Thèse, Paris, 1901.

Gunsbourg. — Thèse, Paris, 1900.

Gross, Rohmer et Vautrin. — Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicale, tome III, p. 494, 1893.

Guéniot. — Bull. Soc. Chir., 1889, p, 423.

Guyon. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrég., Paris, 1860.

Hégar. — Hégar et Kaltenbach, traduction française, par Bar, p. 414, 1885.

Jæglé. — Les polypes placentaires. Thèse, Lyon, 1893.

Keiffer. — Recherches sur la localisation et le mode de développement des myomes de l'utérus. La Gynécologie, 1906, t. XI, p. 37.

Klasson. — Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus. Annales de Gynécologie, 1889, p. 105.

Kœberlé. — Ablation d'un polype utérin de dimensions énormes. Gaz. med. Strasbourg, 1888, numéro 4.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 1904.

Lambert. — Thèse, Paris, 1870, p. 119.

Larcher. — Contribution à l'histoire des polypes fibreux à apparitions intermittentes. Archiv. de médecine, 1867, vol. I, p. 39 et 193.

Laroyenne. — Mercredi médical, 1893.

Lejars. — Leçons de chirurgie, 1895 ; traitement des fibromes utérins, p. 523 ; polypes et faux-polypes utérins, p. 578.

— Bull. Soc. Chir., Paris, 1898.

Longuet. — Progrès médical, juillet 1899.

Mackenrodt. — Société d'Obstét. et de Gynéc. de Berlin,

9 janvier 1903, in Revue de Gyn. et Chir. abdm. 1903, p. 674.

Monod et Vanverts. — Traité de technique opératoire, 1908, tome II, p. 925.

Nagel. — Centralblatt f. Gynak., 1886, numéro 31.

Ozenne. — Journal de méd. de Paris, 1904, p. 467.

Péan. — Ablation par morcellement. Gaz. des hôp., 1886, p. 336, et 1889.

R. Petit et Weinberg. — Presse médicale, 1902, p. 655.

Pinard. — Congrès d'Obstét. et de Pédiat., Nantes, 1901. Rev. de Chir., 1902, tome II, p. 633.

Piquand. — Thèse, Paris, 1886.

Poncet. — Bull. Soc. Chir., Paris, 1886.

Potherat. — Bull. Soc. Chir., 1898.

Pozzi. — Etude sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (énormes polypes), in Revue de Chirurgie, 1885, p. 113.

— Traité de Gynécologie, 4e édition, 1905, tome I, p. 327.

— Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiat., juillet 1905, in Presse Médicale, 1905, p. 62.

Prochownick. — Deut. med. Woch., 1892, numéro 7.

Proust. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme, 1904, p. 110.

Puech. — Des fibromes de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. Gaz des hôp., 1895, numéro 90.

Quénu. — Cas inédit, 1895, cité par Longuet.

Reboul. — Bull. Soc. Chir., 1898, p. 363.

Reynier. — Congr. franç. de Chir., Paris, 1893.

Rouffart. — J. de Chir. et ann. Soc. Belge de Chir., Brux., 1905.

Routier. — Bull. Soc. Chir., 1893, p. 127.

— Bull. Soc. Chir., 1898.

De Rouville et Martin. — La mort des fibromyomes de l'utérus (nécrobiose et infection). Archives générales de médecine. Paris, 1906, p. 2011-2021.

Secheyron. — Thèse, Paris, 1888.

— Traité de l'hystérectomie et de l'hystérotomie, Paris, 1889.

Simon. — Monatschrift, vol. XX, p. 25.

H. Smith et Barnes. — Transact of the obstet. Society of London, 1881, p. 233.

Smith. — Canada M. Rec., Montréal, 1903, p. 385.

Tédenat. — La gangrène des fibromes utérins. Rev. prat. de gyn., d'obst. et de pédiat., Paris, 1907.

Terrillon. — Bull. Soc. Chir., 1889, p. 418.

Thiriar. — La méthode oxygénée en gynécologie. In Livre d'Or de Pozzi, 1906.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, 1894, tome II.

Treub. — Fibromes et fécondité. Soc. d'Obstét. de Paris, 18 février 1904, in Presse Médicale, p. 149.

Tuffier et De Rouville. — Traitement des fibromes utérins. Rapport au XV^e^ Cong. international de Médecine de Lisbonne, 1906, in Montpel. Médic., 1906, p. 485.

Walter. — Sur le morcellement intra-utérin des tumeurs polypeuses. Dorpater med. Zeitschrift. Vierter Band. 1 heft 1873.

Velpeau et Chassaignac. — Bull. Soc. Anat., 1833, p. 113.

Villa. — Thérapeutique comparative des fibromes utérins. Nouv. Archiv. d'obst. et de gynéc., 1886, p. 10.

Villeneuve. — Marseille Médical, 1892, p. 786.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 17 mars 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 16 mars 1909.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !